

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0050534

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13059

Société : RAM.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bannour DORSAF

Date de naissance : 27/08/1981

Adresse : Résidence les champs 2 Apt F9
Nassim, Sidi Naarouf Casablanca

Tél : 0634622820 Total des frais engagés : 1100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Benhuni Farah Age: 7 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Retard moteur

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 11/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

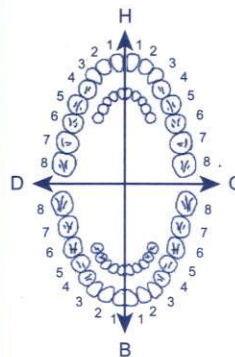
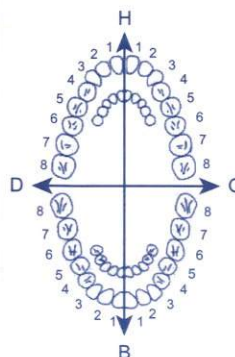
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأذنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التماضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع و مبالغ التعاضدية	Cache et signature de la mutuelle
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :</p>	



Feuille de soins maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :	N° Dossier :
Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)	
Nom et prénom : BENHINI Fouad	الاسم العائلي و الشخصي
N° Affiliation : 344464	رقم الانخراط :
N° Immatriculation : 931923543	رقم التسجيل :
N° CIN : DSSBL8T	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * Conjoint <input type="radio"/> زوج <input checked="" type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> ابن	علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له *
Adresse : Residence Le Champ 2 Immeuble App 9 NASSIM, Casablanca	العنوان :
Montant des frais (Dhs) : 10000	مبلغ المصاريف (درهم) :
Nombre de pièces jointes : 8	عدد الوثائق المرفقة :
Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج	
Bénéficiaire de soins : BENHINI Fatah	
Nom et prénom : BENHINI Fatah	الاسم العائلي و الشخصي :
Date de naissance :	تاريخ الازدياد :
N° CIN :	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe * : M <input type="radio"/> ذكر F <input checked="" type="radio"/> أنثى	الجنس * :
Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج	
N° INP :	الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
Type de soins نوع العلاجات	
Maladie * <input checked="" type="radio"/> مرض	Pli confidentiel remis * : <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Maternité * <input type="radio"/> أمومة	Date de grossesse :
Hospitalisation * <input type="radio"/> استشفاء	Date prévue d'accouchement :
Accident * <input type="radio"/> حادث	Date d'hospitalisation :
	Date d'accident :
	Causes :
<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه . J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.</p> <p>Fait à : حرر ب : le : في : توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)</p> <p>أصرح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه . Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : حرر ب : le : 28/09/2023 في : توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cache et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>	

INP : Identification Nationale du Praticien
Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE

Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS


EMPLOYEURS

CNOPS



Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assure.app



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information


Suivi des demandes

Payées aux PS.

Recherche multi-critère :

N Dossier	Date Paiement	Producteur de soin	Debut - Fin des soins	Bénéficiaire	Montant facturé	Part AMO
79604451	09/08/2023	ANAIS	01/02/2023-28/02/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
79104981	09/08/2023	ANAIS	01/01/2023-31/01/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
80931179	09/08/2023	ANAIS	01/12/2022-31/12/2022	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
80283262	09/08/2023	ANAIS	01/03/2023-31/03/2023	FARAH BENHNINI	700,00	700,00
77942729	28/02/2023	ANAIS	01/11/2022-30/11/2022	FARAH BENHNINI	700,00	700,00

< 1 2 3 4 >

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré :  Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>) ☆☆☆☆☆

CNOPS

Caisse Nationale des Organismes
de Prévoyance Sociale
BP 209
10 AL KHALIL
10000 RABAT

RABAT, le 28/09/2022



ASSOCIATION
ANAIIS
990999955

Objet: Prise en Charge IMP
Réf : Dossier n°:76372825 du: 20/09/2022
Immatriculation:93923543
L'assuré: BENHNINI FOUAD
Bénéficiaire: BENHNINI FARAH (12)

Madame, Monsieur,

En réponse à la demande citée en référence, nous avons l'honneur de vous faire part de notre accord de prise en charge de l'emplacement en demi internat au sein de votre Institut Médico Pédagogique.

- N° de l'accord: 76372825
- Code Acte : IMP2
- Validité de l'accord: du 01/09/2022 au 30/06/2023
- Nombre de mois : 10,00

Nous vous demandons de bien vouloir procéder au renouvellement de la demande de prise en charge un mois avant l'expiration de sa date de validité.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Tarif mensuel:
Part CNOPS : 700 DH
Part Assuré : 100 DH

N.B. Prière de mettre en référence le numéro de prise en charge sus cité pour toute correspondance ultérieure avec la CNOPS



www.anais-maroc.org

Casablanca, le 28 Février 2023

Facture : VFA230533

L'enfant : **BENHNINI Farah**

La présente facture couvre la période du 01/02/2023 au 28/02/2023.

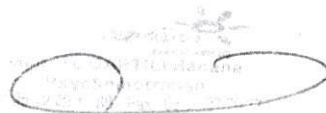
Programme :

Psychomotricité	04 Séances	150.00	600,00
Orthophonie	04 Séances	125.00	500,00
Total TTC :			1100,00

Arrêtée la présente facture à la somme de **mille cent Dirhams**.

NB : Cette enfant bénéficie d'une prise en charge CNOPS à raison de 700.00dhs/mois

Signature



Dr ZEROUALI Asmaa
Médecin
27, Rue Hajjaï Ibnou Artâa - Casablanca
Tél : 05 22 49 17 88 - Tél: 05 22 32 09 80

Association reconnue d'utilité publique

27, rue Hajjaï Ibnou Artâa - Casablanca - Maroc - E-mail : anais@anais-maroc.org

Tél : (212) 5 22 49 17 88 - 05 22 26 67 92 - 05 22 32 09 80 - Fax : (212) 5 22 27 70 37 - 05 22 32 09 79

Identification fiscale : 1006743 ICE : 001799287000052- RIB : 007 780 000 000 3654300171 71 / AWB / Agence Casa Victor Hugo

Date : 28/02/2023

ORDONNANCE

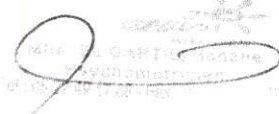
L'enfant : BENHNINI Farah

Diagnostic : Retard Psychomoteur

PSYCHOMOTRICITE

Durée : 04 séances / mois
Période du 01/02/2023 à 28/02/2023

Signé :


Dr. ZERODALI Asmaa
Psychomotricienne


Dr. ZERODALI Asmaa
Médecin
27, Rue Haffaj Ibnou Artâa, Casablanca
Tél : 05 22 49 17 88 - Tél : 05 22 32 09 80

Date : 28/02/2023

ORDONNANCE

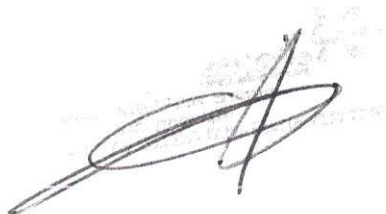
L'enfant : BENHNINI Farah

Diagnostic : Retard Psychomoteur

ORTHOPHONIE

**Durée : 04 séances / mois
Période du 01/02/2023 à 28/02/2023**

Signé :




Dr ZEROUALI Asmaa
Médecin
27, Rue Haffaj Ibnou Artâa, Casablanca
tel : 05 22 49 17 88 - Tél: 05 22 32 09 80

Casablanca, le 28/02/2023

CERTIFICAT MEDICAL


Dr ZEROUALI Asmaa
Médecin

Je soussigné, 27, Rue Hajjaj Ibnou Artâa, Casablanca
Tél : 05 22 49 17 88 - Tél: 05 22 32 09 80, médecin de l'Association Anaïs,
certifie par la présente que l'enfant **BENHNINI Farah** née le 06/07/2016 est porteuse
d'un **handicap mental chronique** qui nécessite une prise en charge spécialisée au long
cours au sein de l'Association.

Cette prise en charge comprendra à la fois des séances de rééducation en orthophonie,
psychomotricité et un suivi psychologique.

Certificat fait ce jour pour servir et valoir ce que de droit.

Signature


Dr ZEROUALI Asmaa
Médecin
27, Rue Hajjaj Ibnou Artâa, Casablanca
Tél : 05 22 49 17 88 - Tél: 05 22 32 09 80

Association reconnue d'utilité publique

27, rue Hajjaj Ibnou Artâa - Casablanca - Maroc - E-mail : anaïs@anaïs-maroc.org

Tél : (212) 5 22 49 17 88 - 05 22 26 67 92 - 05 22 32 09 80 - Fax : (212) 5 22 27 70 37 - 05 22 32 09 79

Identification fiscale : 1006743 ICE : 001799287000052- RIB : 007 780 000 000 3654300171 71 / AWB / Agence Casa Victor Hugo

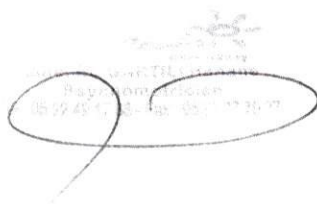
BENHNINI Farah

Facture: VFA230533

Planning des séances psychomotricité

4 Séances / Mois du 02/02/2023 au 28/02/2023

Désignation	Nombre de séances	Date des séances
Psychomotricité	04	02/02/2023
		09/02/2023
		16/02/2023
		28/02/2023



Association reconnue d'utilité publique

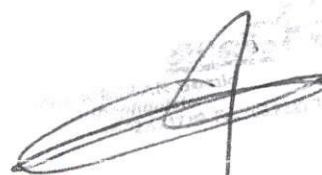
BENHNINI Farah

Facture: VFA230533

Planning des séances orthophonies

4 Séances / Mois du 02/02/2023 au 28/02/2023

Désignation	Nombre de séances	Date des séances
Orthophonie	04	02/02/2023
		09/02/2023
		16/02/2023
		28/02/2023



Association reconnue d'utilité publique